



PROCESO DE MATRÍCULA PRE-KÍNDER 2022

Estimadas y estimados apoderados,

Junto con saludarles y esperando estén bien, les damos la más cordial bienvenida a nuestra comunidad educativa y les informamos a continuación cómo sigue el Proceso de Admisión a Pre-Kínder 2022.

A partir de hoy viernes 07 y hasta el próximo martes 11 de mayo, se desarrollará la etapa de matrícula para las niñas y niños aceptados y podrá ser en modalidad 100% online, a través de la plataforma **Schoolnet de Colegium**, para quienes deseen pagar mediante tarjeta de crédito o débito.

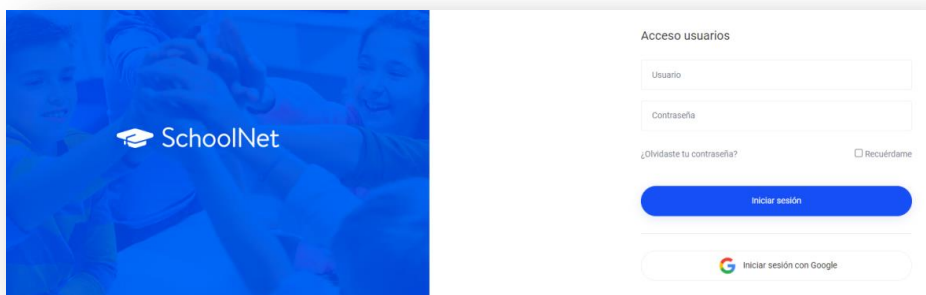
Quienes requieran pagar mediante cheques o transferencia electrónica deberán acercarse presencialmente al Colegio hoy 07 de mayo, el lunes 10 o el martes 11 de mayo, de 8:00 a 13:30 hrs.

PASO A PASO DEL PROCESO PARA PAGOS CON TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO:

1. El apoderado económico recibirá en su correo electrónico el **Usuario y Contraseña** para ingresar a Schoolnet→ <https://schoolnet.colegium.com>. Este mismo vínculo está ubicado en la sección “link de interés”, al pie de la web del Colegio (www.scccmanquehue.cl), y en la Intranet, a través del siguiente banner:



2. Una en la plataforma, debe ingresa el **Usuario y Contraseña**, mismos datos que utilizará para revisar, por ejemplo, las notas de sus hijas o hijos. En caso de tener algún inconveniente para ingresar, contactarse con Informática al correo soporte@scccmanquehue.cl.

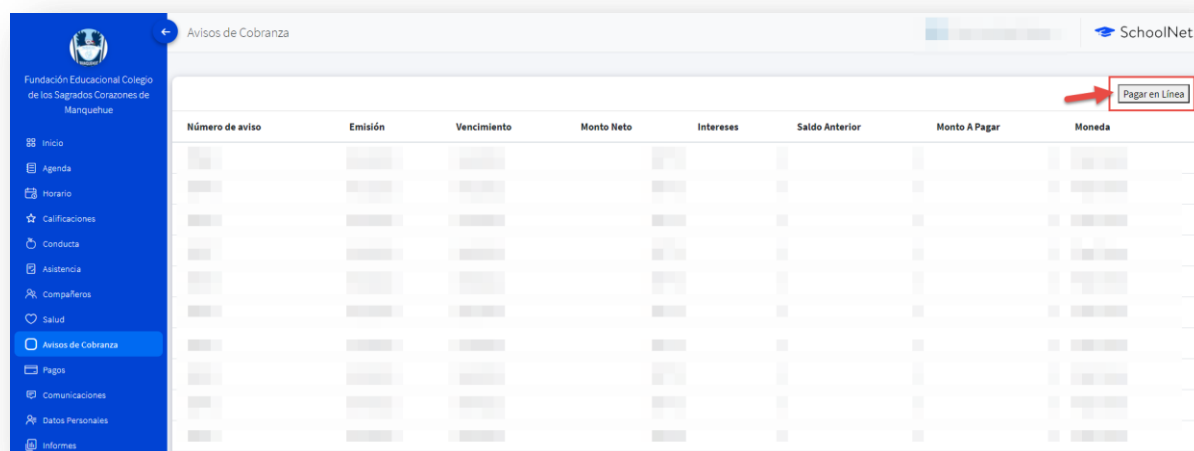


3. Una vez dentro de la plataforma, presionar la opción “Avisos de Cobranza”, del menú ubicado a la izquierda de la pantalla.





4. Luego, en la parte superior derecha de la página, elegir “Pagar en Línea”, que llevará a webpay para realizar pago con tarjeta de débito o crédito:



5. Para finalizar el proceso, debe enviar un mail al correo proceso.matricula@ssccmanquehue.cl indicando en “Asunto” el apellido de la familia (apellido paterno y materno del alumno), adjuntando los archivos **Solicitud Seguro Escolar** ([descargar aquí](#)) y el **Compromiso de Familia** ([descargar aquí](#)) completos y firmados. Al final de esta circular se indica la forma correcta de completar en la Solicitud de Seguro de Escolaridad, que deben completar ambos padres, por separado.

PAGOS CON TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUES:

Quienes paguen mediante transferencia electrónica o con 1 cheque al día y 2 a fecha (90 y 180 días), deberán presentarse en las oficinas de Administración los días **07, 10 u 11 de mayo**, de **8:00 a 13:30 hrs.** con los documentos **Solicitud Seguro Escolar** ([descargar aquí](#)) y el **Compromiso de Familia** ([descargar aquí](#)) impresos, llenos y firmados.

Al final de esta circular se indica la forma correcta de completar en la Solicitud de Seguro de Escolaridad, que deben completar ambos padres, por separado. Estando en las oficinas de Administración el apoderado económico deberá **firmar el respectivo pagaré de respaldo**.

OTROS DETALLES IMPORTANTES

En esta etapa del proceso de admisión, los apoderados sólo deberán cancelar lo correspondiente a la **Matrícula de Incorporación** y el **Seguro de Escolaridad**, proporcional hasta febrero 2022. El proceso completo de admisión culminará en **octubre 2021**, con el pago del arancel de matrícula del año 2022, lo que se realizará en paralelo a la matrícula de los estudiantes regulares.

Tal como se comunicó en la circular que se les envió al momento de inscribirse, los siguientes son los montos a cancelar:

Padre Damián de Veuster 2215, Vitacura
Santiago de Chile
colegio@ssccmanquehue.cl

www.scccmanquehue.cl



a) Matrícula de Incorporación: UF 66

b) Opciones de pago:

- En Línea con Tarjeta de Crédito, en la cantidad de cuotas que el banco le permita.
- Transferencia bancaria de acuerdo al siguiente detalle:

Banco: Santander

Rut: 82.745.200-9

Nombre: Fundación Educacional Colegio SSCC Manquehue

Cuenta corriente: 39925842

Referencia: Proceso matrícula PK 2021

Correo: recaudacioncobranza@ssccmanquehue.cl

- 3 cheques (al día, 90 y 180 días).

Otros cargos: Seguro de Escolaridad-Vida proporcional, que cubre el pago de mensualidades del Colegio hasta IVº Medio, en caso de fallecimiento, o invalidez 2/3, de los apoderados. Es obligatorio para los apoderados menores de 65 años. Cubre 100% al primer sostenedor, quien tiene el compromiso de pago por el servicio con el Colegio, y 50% al segundo sostenedor. El valor proporcional estimado será de UF 0,79 por estudiante. Este estará vigente desde el momento de la Matrícula hasta el 28/02/2022.

Adicionalmente, les solicitamos ingresar al siguiente link [Encuesta Parvulario](#), cuyas respuestas nos permitirán conocer información relevante sobre el desarrollo de su hija o hijo.

Les saludan atentamente,

Paulina Vergara R.
Directora de Primer Ciclo

Carolina Hassenberg F.
Vicerrectora de Administración y Finanzas

Instructivo para llenado de Formulario Solicitud de Incorporación al Seguro Colectivo de Escolaridad (MetLife):

- Cada familia debe completar 2 formularios, uno el padre y el otro la madre.
- Los puntos que **No** se completan son los II., V. y VI.
- En cada formulario el padre y la madre **Deben** completar: Punto I Completo; Punto III Completo con Nombre de hijo o hija Pre-Kinder 2021; Punto IV Leer Patologías (ambos padres) y, en caso que corresponda, indicarla. Firma y Fecha.
- Los formularios **NO pueden** estar con enmiendas ni venir incompletos.

A continuación se grafican con una "X" los puntos o campos del formulario que deben ser llenados. Las rayas oblicuas indican las secciones que no deben completarse:





MetLife

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SEGURO COLECTIVO DE ESCOLARIDAD

Usted se está incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguros colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el CONTRATANTE, directamente con la compañía de seguros.

Fecha Recepción Compañía

EMPRESA CONTRATANTE	R.U.T.	PÓLIZA
Fund. Educ. Colegio SS.CC Manquehue	82.745.200-9	340007130

I. ASEGURABLE TITULAR (Sostenedor Económico)					
R.U.T.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	ISAPRE	Actividad	
Dirección Particular	N°	Dpto.	Sector / Población / Villa		
Comuna	Ciudad	Teléfono Particular	Teléfono Comercial	Teléfono Celular	
Peso (kg)	Estatura (mts.)	Plan Contratado	Cuenta Corriente	Banco	Dirección E-mail

II. ASEGURABLE ADICIONAL (Planes con Segundo Sostenedor Económico)					
R.U.T.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	ISAPRE	Actividad	
Dirección Particular	N°	Dpto.	Sector / Población / Villa		
Comuna	Ciudad	Teléfono Particular	Teléfono Comercial	Teléfono Celular	
Peso (kg)	Estatura (mts.)	Plan Contratado	Cuenta Corriente	Banco	Dirección E-mail

III. ALUMNOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO					
Nombres (Apellidos y Nombres)	R.U.T.	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación/Parentesco	Curso que inicia

IV. DECLARACIÓN DE SALUD (debe ser llenado de puño y letra del asegurable titular)

¿Ha sido usted o alguno de los asegurables adicionales propuestos diagnosticado por un médico o ha estado en tratamiento u hospitalizado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido alguna de las siguientes enfermedades o situaciones?

Hipertensión Arterial (HTA), Enfermedad Coronaria, Miocardiopatía, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Cardíaca, Arritmia Cardíaca, Valvulopatía Cardíaca, Aneurisma, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Venosa (edema varicoso), Enfermedad obstructiva de arterias periféricas, Etenopsia u Obstrucción de las Arterias Coronarias, Enfermedad Obstructiva Crónica, Asma, Fibrilación Pulmonar, Tuberculosis, Bronquiectasia, Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal Crónica, Nefropatía Hipertensiva, Glomerulopatías, Cirrosis Hepática, Dato Hepático Crónico, Hepatitis Crónica, Pancreatitis Crónica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Síndrome Ulceroso Gastrointestinal, Accidente Vascular Cerebral, Hemiplejía, Hemiparesia, Epilepsia, Parkinson, TEC, Secuestrado, Neuropatía, Periferia, Bocio, Tumor Cerebral, Pólipos Intestinales, Adenoma Prostático, Histiocitosis, Hemofilia, Anemia Severa, Alzheimer, Encefalopatía Crónica, Secuela Traumática a la Columna, Discopatía de Columna, Hernias de Columna, Estenorrragia, Espóniloartritis, Artritis, Lupus Eritematoso, Esclerosis Múltiple, Anisotropía, Tendinitis, Fibromialgia, Parálisis Permanente, Distrofia Muscular, Cataratas, Glaucoma, Retinopatía, Maculopatía, Alta Miopía, Hipocaulia, Neurocirugía, Injerto Aórtico, Revascularización Coronaria, Cirugía de Válvulas Cardíacas, Trasplante de Órganos Mayores, Angioplastia por Balón, Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida.

En caso que usted o alguno de los asegurables adicionales propuestos padezca, haya padecido, le haya sido diagnosticada, o esté en conocimiento de haber padecido o padezca actualmente alguna de las enfermedades o situaciones antes enunciadas u otras no indicadas, deberá especificar a continuación, en el siguiente cuadro especialmente destinado al efecto, los siguientes datos:

Asegurable	Enfermedad o Diagnóstico	Fecha Diagnóstico	Condición Actual de Salud	Tratamientos	Otros Antecedentes

Entiendo y concuerdo que cualquier omisión o retención, declaración falsa, errónea o inexacta relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos, de alguno de los asegurables propuestos, que pudiere influir en la apreciación del riesgo, faculto a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada. Asimismo autorizo a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución información sobre el estado de salud de alguno de los asegurables propuestos. Finalmente, declaro que ninguno de los asegurables propuestos ha sido rechazado como asegurado por alguna compañía aseguradora de vida durante los últimos 24 meses.

FECHA: / /

FIRMA ASEGURABLE

V. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Por este acto y según lo dispuesto en la ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones, doy mi consentimiento y autorización expresa para que MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y sus representantes, sucesores o cesionarios puedan proceder a la tramitación y verificación de todos o parte de los datos personales e información que declaro haber entregado voluntariamente a su disposición, a cualquiera de los representantes de servicios que egresen dentro o fuera de Chile, para efectos de poder hacer efectivo el (los) beneficio (s) que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efectos de almacenamiento de la información.

FECHA: / /

FIRMA ASEGURABLE

VI. AUTORIZACIÓN DE LA INCORPORACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

VII. APROBACIÓN COMPAÑÍA ASEGURADORA

FECHA: / /	Firma del Representante Contratante	Firma y Timbre Representante MetLife Chile Seguros de Vida S.A.
------------	-------------------------------------	---

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo propuesto o bien establecer restricciones o limitaciones especiales a la cobertura. En caso de establecerse alguna restricción o limitación de cobertura, ésta deberá constar en una declaración especial que debe ser firmada por el asegurable. En estos casos, la vigencia de la cobertura individual de este seguro sólo comenzará a regir una vez que la Compañía Aseguradora haya aceptado el riesgo y el asegurable haya firmado la declaración especial antes indicada.

La declaración especial indicada en el párrafo precedente no será necesaria para aquellos seguros en los cuales el pago de la prima sea íntegramente cubierto por la empresa contratante, pudiendo igualmente la Compañía Aseguradora establecer restricciones o limitaciones de cobertura para el asegurado Las Condiciones Generales del Seguro se encuentran incorporadas al depósito de las pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el Código PDI 2 09 068.

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. - 600 390 3000 - www.metlife.cl

Padre Damián de Veuster 2215, Vitacura
Santiago de Chile
colegio@ssccmanquehue.cl

@ssccmanquehue

@ssccmanquehue

www.scccmanquehue.cl